

Lampiran

Lampiran 1

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An

NIDN : 06-1809-7805

Pangkat/Golongan : Asisten Ahli/III A Jabatan :

Dosen FIK UNISSULA

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA, sebagai berikut :

Nama : Siska Listyawati

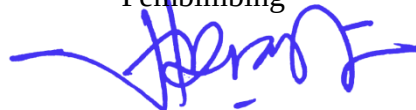
NIM 48901700067

Judul KTI : Asuhan keperawatan pada An. B dengan Diare di Ruang Baitunnisa I Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 03 Maret 2020

Pembimbing



(Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An)

NIDN: 06-1809-7805

Lampiran 2

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An

NIDN : 06-1809-7805

Pangkat/Golongan : Asisten Ahli/III

A Jabatan : Dosen FIK

UNISSULA

Adalah pembimbing Karya Tulis Ilmiah dari mahasiswa Prodi D III

Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA, sebagai berikut :

Nama : Siska Listyawati

NIM 48901700067

Judul KTI : Asuhan keperawatan pada An. B dengan Diare di
Ruang Baitunnisa I Rumah Sakit Islam Sultan
Agung Semarang.

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing Karya Tulis Ilmiah pada tanggal 03 Maret-02 Oktober 2020 bertempat di Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 03 Maret 2020

Pembimbing



(Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An)

NIDN: 06-1809-7805

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI D-III KEPERAWATAN
FIK UNISSULA
2020

NAMA MAHASISWA : Siska Listyawati
NIM : 48901700067
JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan pada An. B dengan Diare
di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung
Semarang.

PEMBIMBING : Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Senin, 2 maret 2020	Bimbingan Pengambilan Kasus	Mengambil kasus, melakukan pengkajian	
Selasa, 3 Maret 2020	Bimbingan Pengkajian	Menambahkan Pengkajian yang lebih lengkap sesuai kasus, Menentukan Diagnosa	
Rabu, 4 Maret 2020	Bimbingan Diagnosa dan Intervensi	Diagnosa ACC, Tambahkan intervensi sesuai SIKI	

Kamis, 5 Maret 2020	Bimbingan Intervensi	Acc Intervensi, lanjutkan Implementasi	
Jumat, 6 Maret 2020	Bimbingan Implementasi	Mempersiapkan Implementasi	
Senin, 9 Maret 2020	Bimbingan Asuhan Keperawatan	Memperbaiki evaluasi keperawatan	
Selasa, 10 Maret 2020	Bimbingan Asuhan Keperawatan	Revisi Hitungan Ballance Cairan, Mempersiapkan BAB 1	
Rabu, 11 Maret 2020	Bimbingan Asuhan Keperawatan	Acc Asuhan Keperawatan , mulai mempersiapkan bab lainnya	
Kamis, 12 Maret 2020	Bimbingan BAB I	Memperbaiki Latar Belakang, mempersiapkan bab selanjutnya	
Selasa, 7 April 2020	Bimbingan BAB II dan BAB III	Memperbaiki Konsep Dasar Keperawatan dan rapikan BAB III	
Rabu, 29 April 2020	Bimbingan BAB I sampai BAB V	Perbaiki BAB IV dan V	

Jumat, 8 Mei 2020	Bimbingan BAB I sampai BAB V	Revisi Tabel, Perbaiki Penulisan sesuai EYD, Persiapkan PPT	
Senin, 11 Mei 2020	Bimbingan BAB 1 sampai BAB V Dan PPT KTI	ACC	

Lampiran 4

ASUHAN KEPERAWATAN
PADA AN.B DENGAN DIARE
DI RUANG BAITUL NISA I
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG

DI SUSUN OLEH :

SISKA LISTYAWATI

48901700067

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG

2020



I) IDENTITAS DATA

Klien

Nama : An. B
Tempat, Tanggal lahir : 05 - 06 - 2016
Usia : 3, 5 tahun
Pendidikan : Belum Sekolah
Alamat : Tlogosari Muktiharjo
Agama : Islam
Tanggal Masuk : Senin, 02 Maret 2020, pukul 21.00 WIB

Penanggung Jawab

Nama Ayah / Ibu : Ny. S
Pekerjaan Ayah : swasta
Pekerjaan Ibu : Ibu Rumah Tangga
Pendidikan ayah : SMP
Pendidikan Ibu : SMP
Agama : Islam
Alamat : Tlogosari Muktiharjo
Suku / Bangsa : Jawa, Indonesia

II) KELUHAN UTAMA

Keluarga Pasien mengatakan pasien panas, mual muntah dan diare sudah 4 hari.

III) RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Keluarga Pasien mengatakan pasien demam dan diare disertai mual muntah sudah 4 hari. Pada hari pertama sudah dibawa ke dokter di desa dan sembuh. Kemudian masih diare dan dibawa ke Puskesmas. Pada hari ke 4 karena masih diare keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke RST Sultan Agung dan dirawat pada tanggal 02 Maret 2020 pukul 21.00 WIB. Keluarga Pasien mengatakan saat di bawa ke RST Sultan Agung demamnya $37,8^{\circ}\text{C}$. Diare dalam sehari sering kurang lebih 5-6 kali sehari. Konsistensi diare cair berampas warna kuning. bau seperti busuk tidak enak. tidak BAB tidak disertai darah ataupun lendir. Keluarga Pasien mengatakan Pasien muntah 3 kali muntahnya air jika diukur dengan gelas kira kira $\frac{1}{4}$ gelas sekali muntah. Keluarga Pasien mengatakan saat makan Pasien langsung merasa mual dan muntah. BAB $\pm 900\text{ cc}$, muntah $\pm 160\text{ cc}$.

GCS : E:4 M:6 V:5 = 15 . S = $37,8^{\circ}\text{C}$, N = 100 x/menit

RR = 24 x/menit , SpO₂ = 99%.

BB = 13 Kg

LD = 56 cm

UL = 16 cm

TB = 95 cm

LK = 58 cm

LP = 53 cm

Ibu Pasien mengatakan Pasien minum susu saat akan minum
obat sehari 2x kira kira habis setengah botol besar sekali
minum ± 125 ml

IV) RIWAYAT MASA LAMPAU

Keluarga Pasien mengatakan sudah hamil 3 x . Kehamilan yang pertama keguguran usia kandungan 3 bulan . Kehamilan yang kedua keguguran usia 4 bulan dikarenakan kanker rahim .

G₃ P₁ A₂ . Kehamilan yang ketiga tidak ada keluhan saat hamil . Keluarga Pasien mengatakan melahirkan secara cesar dengan usia kehamilan cukup bulan . Saat hamil tidak mengonsumsi obat-obatan . dan tidak ada alergi obat ataupun makanan . Ibu Pasien mengatakan Pasien mendapat Imunisasi , DPT , Polio , BCG , dan Campak .

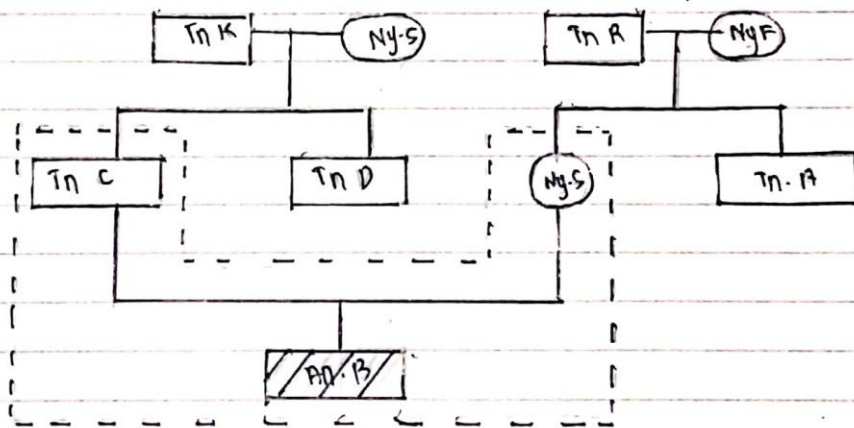
Ibu Pasien mengatakan Pasien saat usia 2 tahun pernah dirawat karena muntaber .

V) Riwayat keluarga

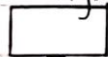
Keluarga Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit Hipertensi , DM , TBC , dan Penyakit berbahaya lainnya .

Keluarga Pasien mengatakan ayah Pasien memiliki riwayat Penyakit Typhoid .

Genogram 3 generasi .



Keterangan :



: Laki - Laki



: Perempuan



: Laki laki meninggal



: Perempuan meninggal



: Pasien



: Tinggal serumah



: Garis Perkawinan



: Garis Keturunan

7) Persepsi Diri / Konsep Diri

Ibu Pasien mengatakan Pasien selama dirumah sakit tidak mudah menangis. Ketika ada orang asing yang mendekati tidak merasa takut dan tidak merasa takut ketika ada tenaga medis yang memeriksa.

8. Peran / Hubungan

Ibu Pasien mengatakan anaknya dekat dengannya saat dirumah. Karena dalam sehari-hari bersama dengan ibunya.

9. Seksual / Reproduksi

Dengan masa Pertumbuhannya Pasien Perlu membutuhkan rasa dicintai oleh kedua orang tuanya dan orang yang terdekat disekitarnya. Keluarga Pasien mengatakan sangat menyayangi Pasien.

10. Koping / Toleransi stres

Klien Pasien tampak menangis saat merasa tidak nyaman.

Ibu pasien mengatakan saat anaknya menangis berusaha menenangkannya dan menggendongnya kemudian diajak jalan jalan.

11. Nilai Kepercayaan

Pasien beragama Islam sama dengan agama yang dianut orang tuanya. Keluarga Pasien mengatakan Percaya bahwa anaknya akan sembuh atas pertolongan Allah SWT.

1x) PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum : Composmentis

2. Tanda Vital : $TD = 100 \text{ mmHg}$ kuat $S = 37,8^\circ \text{C}$
 $RR = 24 \times / \text{menit}$ $SpO_2 = 99\%$

3. Kepala : warna rambut hitam, bersih, Bentuk kepala lonjong.

4. Mata : Bentuk normal kanan kiri, penglihatan tidak kabur, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, konjungtiva anemis, pupil isokor 3/3

5. Hidung : Bentuk normal, tidak terdapat luka, tidak menggunakan alat bantu Pernapasan, tidak ada penumpukan sekret, bersih, tidak ada pernapasan cupping hidung.

6. Mulut dan Tenggorok : Bibir Kering, tidak ada luka, tidak ada gangguan menelan.

7. Telinga : bentuk normal simetris kanan kiri, tidak terdapat luka, tidak menggunakan alat bantu pendengaran

8. Dada

Jantung : Inspeksi : tidak tampak Palpasi : dari ictus $\leq 5 \text{ cm}$ di 5^{th} ICS

Palpasi : ictus cordis tidak teraba

Perkusi : Batas jantung normal konfigurasi

Auskultasi : Bunyi Jantung normal reguler

Paru : Inspeksi : simetris, tidak ada lesi

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, fremitus kanan kiri normal

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Tidak ada suara tambahan,

9. Abdomen : Inspeksi : normal, datar, warna kulit merata

Auskultasi : bising usus $35 \times / \text{menit}$, reguler

Perkusi : Tympani

Palpasi : ~~tidak~~ ada nyeri tekan pada abdomen bawah.

10. Genitalia : Berjenis kelamin laki-laki, bersih, tidak ada luka, tidak terpasang kateter

11. Kulit : warna kulit sawo matang, tidak ada luka turgor kulit baik, CRT $> 2 \text{ detik}$

12. Ekstremitas : atas : terpasang infus di tangan kiri tidak ada luka
bawah : bersih, tidak ada luka

VI) RIWAYAT SOSIAL

Keluarga Pasien mengatakan pasien diasuh oleh ibunya. Ibu pasien mengatakan sebelum sakit saat di rumah anaknya aktif suka bermain dengan temannya. Saat siang keluarga Pasien mengatakan Pasien tidak mengompot saat malam ketika tidur Pasien menggunakan popok atau pampers karena saat malam pasien masih mengompot ketika tidur. Ibu Pasien mengatakan rumahnya bersih.

VII) Keadaan Saat Ini

1. DIAGNOSA MEDIS : GER DIARE
2. Operasi : -
3. Tindakan Medis

ondansentron 2mg (IV) → 1cc

lbio 2x1 (oral)

zinc po 1x1 (oral)

glibotik 2x 250 mg (IV) → 2 ml

sanmol 150 mg (oral) → 2 ml

VIII) PENGKAJIAN FUNGSIONAL GORDON

1. Persepsi kesehatan dan Perangangan kesehatan

Ibu pasien mengatakan jika anaknya sakit dibawa periksa ke dokter, puskesmas atau rumah sakit. Ibu Pasien mengatakan ayah Pasien hanya merokok di tempat kerja.

2. Nutri Metabolik

- Sebelum sakit : Ibu Pasien mengatakan sejak ~~umur~~ usia 18 bulan anaknya sudah tidak minum asi sudah diganti susu Formula. Frekuensi makan 3x sehari makan sayur dan laup sayur favorit yang paling disukai wortel. Napsu makanya lahap. ~~Ata~~ Ibu pasien mengatakan anaknya mau minum air putih dan susu formula.
- Selama sakit : Ibu Pasien mengatakan napsu makan pasien menurun saat makan pasien merasa mual kemudian muntah. saat dirawat klien hanya makan ~~3 sendok~~ kira kira 3-4 sendok bubur dan lauknya. Minum ~~pasien~~ hanya minum air putih 1 botol aqua kira kira habis dalam 24 jam. Ibu Pasien mengatakan untuk minum susu selama sakit klien hanya minum susu saat minum obat dan hanya setengah botol besukuran besar. Ibu pasien mengatakan pasien tidak ada gangguan menelan.

3. Eliminasi

- Sebelum sakit : Ibu Pasien mengatakan BAB Pasien normal, tidak ada gangguan. BAB 1 hari sekali dengan konsistensi lembek berwarna kuning bau seperti BAB pada umumnya.
- Setelah Sakit : Ibu Pasien mengatakan sebelum dibawa ke Rumah sakit pasien BAB sebanyak 5-6 x sehari dengan konsistensi cair berampas warna kuning bau seperti busuk tidak enak. BAB tidak disertai darah ataupun lendir. Setelah dibawa ke Rumah Ibu klien mengatakan pasien BAB sebanyak 3 x dengan konsistensi cair berampas dan warnanya kuning. Ibu Kt-Pasien mengatakan BAK anaknya normal tidak ada gangguan. Ibu Pasien mengatakan Pasien menggunakan Pampers berukuran XL, sehari ganti 1x tidak penuh.

4. Aktivitas / Latihan

- sebelum sakit : Ibu Pasien mengatakan anaknya adalah anak yang aktif tidak bisa diam suka bermain dengan temannya. Ibu Pasien mengatakan pasien saat mandi 2 kali sehari dimandikan oleh ibunya. Saat makan Ibu Pasien mengatakan anaknya bisa makan dengan sendiri. Ibu Pasien mengatakan pasien tidak ada gangguan sesak napas saat beraktivitas.
- Setelah sakit : Ibu Pasien mengatakan selama dirawat di rumah sakit pasien hanya tiduran di Bed, dan saat rewel minta digendong keluar untuk jalan-jalan.

5. Tidur / Istirahat

- Sebelum sakit : Ibu Pasien mengatakan pasien tidur saat malam hari pukul 24.00 Malam dan bangun jam 08.00 pagi saat siang hari Pasien jarang tidur siang. Jika tidur hanya 2 jam saja.
- selama sakit : Ibu Pasien mengatakan selama dirawat pasien banyak tidur dan karena rasanya ingin tidur terus.

6. Kognitif / Perseptual

Ibu Pasien mengatakan pasien tidak ada gangguan pendengaran penglihatan, dan pengecap. Pasien mampu berkomunikasi dengan baik. Saat ditanya Pasien bisa menjawab. Pasien mengatakan sakit nyeri pada perutnya.

P : nyeri saat ingin BAB

S : skala nyeri 3

G : nyeri terasa seperti krus krus

T : nyeri hilang timbul

R : nyeri abdomen bagian tengah

X) PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN

Pasien berusia 3.5 tahun, klien mampu makan sendiri, bermain dengan temannya dan tumbuh kembangnya sesuai dengan usianya.

XI) THERAPY

Nama Obat	Dosis	Kegunaan
Fultrolit	12 tpm (iv)	Penambahan cairan dan elektrolit tubuh untuk mengembalikan keseimbangan
Ondansetron	2 mg/1cc (iv)	mencegah dan mengobati mual dan muntah
Omeprazole	1 mg/kg (iv)	untuk mengatasi gangguan lambung
Lbio	1x1 (oral)	untuk mengurangi gangguan pencernaan
Zinc	1x1 (oral)	untuk memperkuat sistem kekebalan tubuh
sanmol	150 mg/2ml (oral)	untuk menurunkan nyeri demam dan nyeri
Glibotik	2x 250 mg/2ml (iv)	untuk menangani infeksi karena bakteri
Inj RL loding	150 cc 10tpp	Penambahan cairan dan elektrolit tubuh untuk mengembalikan keseimbangan.

XII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Nama Pasien : An. B

Tanggal Periksa : 01/03/2020

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM KLINIK

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN	KETERANGAN
<u>HEMATOLOGY</u>				
Darah Rutin I				
Hemoglobin	12.6	10.8-12.8	g/dl	
Leukosit	20,15	6.0-17.0	ribu/ul	
Trombosit	3,44	217-497	ribu/ul	
Golongan Darah/RH	A/Positif		-	
Hematokrit	38,3	35-43	%	
<u>KIMIA</u>				
Na, K, Cl				
Natrium	134.7	132-145	mmol/L	
Kalium	4.62	3.5-5	mmol/L	
Chloride	105.2	H 95-105	mmol/L	

XIII. ANALISA DATA

Tanggal	Data Fokus	Etiologi	Problem	TTD
03/03/20	Ds: Ibu Pasien mengatakan Pasien diare sudah sehari. diare 5-6 x sehari. dgn konsistensi cair berampas warna kuning tidak disertai darah / lendir. bau busuk tidak enak. Do: -bibir Pasien tampak Kering - bising usus 35x/menit kram reguler dengan durasi ± 2 detik	Proses Infeksi Bakteri	Diare	Stela.

XIV. INTERVENSI

Tgl	Dx	Tujuan	Intervensi	TTD
3/03 ²⁰	(1)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan eliminasi fekal membaik. Kriteria Hasil : 1. Kontrol pengeluaran feses menurun 2. nyeri abdomen menurun 3. konsistensi feses membaik	- monitor warna volume frekuensi dan konsistensi tinja - Berikan cairan oral - Berikan diet diare yang sesuai - Berikan cairan intravena - anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap - Ajarkan diet diare BRAT - Kolaborasi pemberian obat	Sila.
	(2)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri menurun. Kriteria Hasil : 1. keluhan nyeri menurun 2. Gelisah menurun 3. Pola tidur membaik	- monitor karakteristik nyeri - Berikan Teknik non Farmakologis terapi Audiovisual terapi bermain - ajarkan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri - Kolaborasi pemberian obat	Sila.
	(3)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan status cairan membaik. Kriteria Hasil : 1. membran mukosa lembab atau meningkat 2. turgor kulit membaik 3. suhu tubuh membaik	- monitor tanda dan gejala Hipovolemia - Hitung kebutuhan cairan - ajarkan Pembuatan dan Pemberian Oralit - Edukasi pemberian kompres untuk menurunkan suhu tubuh - Kolaborasi pemberian obat. - catat Intake dan Output - Kontrol Faktor lingkungan Penyebab muntah	Sila

XV. IMPLEMENTASI

Tgl	Da	Implementasi	Evaluasi	TTD
04/03 ²⁰ 08 30	(1)	memonitor warna volume frekuensi dan konsistensi tinja	DS = Ibu Pasien mengatakan Pasien BAB sudah 5x BAB cair berampas, bau busuk tidak disertai darah DO = Pasien tampak terbaring di tempat tidur. Bibir Kering, Bising usus 35x/menit irama reguler durasi ± 2 detik	Skala.
08 35	(1)	memberikan cairan intravena	DS = Ibu Pasien mengatakan Pasien masih diare dan lemas DO = Keluarga Pasien dan Pasien bersedia, diberi an cairan infus Fultrolit 12 tpm tidak muncul tanda alergi	Skala.
08 00	(1)	memberikan obat injeksi	DS = Keluarga Pasien dan Pasien bersedia diberikan obat oral dan injeksi DO = Injeksi obat Ondansetron 2mg Omeprazole 1mg Tidak ada tanda alergi obat kemerahan dan gatal tidak muncul tanda alergi pemberian obat	Skala.
09.00	(2) (2)	memonitor karakteris tik nyeri	DS = Ibu Pasien mengatakan Perut Pasien terasa nyeri P : nyeri terasa saat BAB G : nyeri terasa seperti	Skala.

XV. IMPLEMENTASI

Tgl	Dx	Implementasi	Evaluasi	TTD
04/03 ²⁰ 08 30	(1)	memonitor warna volume frekuensi dan konsistensi tinggi	ns = Ibu Pasien mengatakan Pasien BAB sudah 5x BAB cair berampas, bau busuk tidak disertai darah Do = Pasien tampak terbaring di tempat tidur. Bibir kering, Bising usus 35x/menit irama reguler dng durasi ± 2 detik	Shla.
08 35	(1)	memberikan cairan intravena	DS = Ibu Pasien mengatakan Pasien masih diare dan lemas Do = Keluarga Pasien dan Pasien bersedia, diberi kan cairan infus Fultrolit 12 tpm tidak muncul tanda alergi	Shla.
08 00	(1)	memberikan obat injeksi	DS = Keluarga Pasien dan Pasien bersedia diberikan obat oral dan injeksi Do = Injeksi obat ondansetron 2mg Omeprazole 1mg Tidak ada tanda alergi obat kemerahan dan gatal	Shla.
09.00	(2) (2)	memonitor karakteris tik nyeri	tidak muncul tanda alergi pemberian obat DS = Ibu Pasien mengatakan Perut Pasien terasa nyeri P: nyeri terasa saat BAB G: nyeri terasa seperti	Shla.

			Kruess Kruess. r: nyeri abdomen bagian bawah tengah s: skala nyeri 3 T: Nyeri hilang timbul Do: Pasien tampak menangis rewel saat BAB - klien tampak terboring lemah di tempat tidur.	
09.20	(3)	memonitor tanda dan gejala Hipovolemia	DS: Ibu Pasien mengatakan Pasien hanya tidur dan lemas. DO: Bibir tampak kering - CRT > 3 detik - turgor kulit baik - nadi 100 x / menit kuat - S: 37,8 37,8 °C - RR: 24 x / menit	Skala.
11.00	(3)	menghitung Kebutuhan Cairan	DS: Ibu Pasien mengatakan Pasien makan kira kira 3 sendok, minum 600 ml dlm 24 jam, susu kira kira habis setengah botol setiap minum obat. BAB ± 90 ml muntah ± 60 ml BAK ± Infus DO: Balance cairan = 1.247,25 - 1380 - 390 = (- 522,25) Intake = 1.247,25 Output = 1.380 IWL = 390	Skala.

05/03/18	(1)	memonitor Volume Frekuensi dan Konsistensi tinja	DS : Ibu Pasien mengatakan sejak pagi dari subuh Pasien BAB baru 3x konsistensi cair berampas, bau busuk tidak disertai darah DO : bibir pasien kering bising usus 30x/menit reguler durasi ± 2 detik	Skala.
08-15	(1)	mengajarkan diet diare yang sesuai. (BRAT)	DS : Ibu Pasien bersedia diajari tentang diet diare DO : Ibu Pasien tampak mengerti dan memahami yang disampaikan	Skala.
09-00	(2)	memberikan Tehnik non Farmakologis Terapi Audio visual	DS : saat ditanya "dokter Perutnya masih sakit?" Pasien mengatakan Perut masih sakit. DO : saat mendengarkan lagu anak-anak dan melihat video kartun Pasien tampak lebih rileks	Skala.
11-00	(3)	memonitor tanda dan gejala hipovolemia	DS : - DO : - bibir Pasien tampak kering - CRT > 2 detik - turgor kulit baik - nadi 100x/menit kuat - S = 37°C - RR = 20x/menit	Skala.
11-30	(3)	mengedukasi Pemberian Kompres	DS : Ibu Klien mengatakan Pasien budanya anget DO : S = 37°C Ibu Pasien paham dan Penjelasan	Skala.

11.50	(3)	menghitung kebutuhan Cairan	$DS: -$ $DO: \text{Intake} = 1247,25$ $\text{Output} = 750$ $1w1 = 390$ Ballance Cairan $1247,25 - 750 - 390$ $= (107,25 \text{ cc})$	Jala.
-------	-----	-----------------------------	--	----------------

06/03/20	(1)	memonitor warna volume frekuensi konsistensi tinja	DS : Ibu Pasien mengatakan Pasien masih BAB tapi BAB hanya 2 x konsistensi masih cair berampas bau busuk BAB tidak disertai darah DO : Bibir tampak masih kering. Bising usus 17x/mnt	Sila.
08.00	(1)	mengajarkan materi porsi kecil dan sering secara bertahap	DS : Ibu Pasien mengatakan paham dan mengerti apa yang disampaikan DO : Ibu Pasien kooperatif	Sila.
10.00	(2)	mengajarkan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri	DS : Ibu Pasien dan Pasien bersedia diajari teknik napas dalam DO : Pasien dan kooperatif dan mengikuti yang diajarkan secara Pelan	Sila.
10.30	(3)	memonitor tanda dan gejala hipovolemia	DS : - DO : - Bibir masih tampak kering - CRT $\leq$ 2 detik - turgor kulit baik - nadi 90x/menit kuat - S = 36,5 °C - RR = 20 x / menit	Sila.
11.00	(3)	mengajarkan Pempuatan dan Pemberian Oralit	DS : Ibu Pasien mengatakan bersedia diajari membuat Oralit DO : Ibu Pasien kooperatif dan mengerti yang disampaikan	Sila.
11.30	(3)	menghitung kebutuhan Cairan	DS : - DO : Balance = 257,25	Sila.

XVI. EVALUASI

Tgl	Dx	Evaluasi	TRD
09/03/20	(1)	S : Ibu Pasien mengatakan Pasien diare 5-6 kali sehari BAB cair berampas, bau busuk tidak disertai darah O : Bibir tampak Kering, 5x/ BAB 5-6x konsistensi Feses cair bercampas K A : Masalah belum teratasi, Tujuan & kriteria hasil bnt terapai P : Lanjutkan Intervensi - memonitor warna volume frekuensi dan konsistensi tinja - ajarkan diet diare yang sesuai - ajarkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap	Skala.
13.30	(2)	S : Ibu Pasien mengatakan Perut Pasien terasa nyeri P : nyeri terasa saat BAB g : nyeri terasa seperti krus krus r : nyeri abdomen bagian bawah tengah s : skala nyeri 3 T : Nyeri Hilang timbul O : - klien tampak menangis rewel saat BAB - klien tampak terbaring di tempat tidur A : Masalah : Belum Teratasi P : - Lanjutkan Intervensi - memberikan Teknik non Farmakologis - Terapi musik - Ajarkan Teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri	Skala.
	(3)	S : Ibu Pasien mengatakan Pasien makan ± 3 sendok minum 600 ml dlm 24jam susu kira kira habis set botol setiap minum ± 125 cc. BAB ± 1x muntah ± 60 ml. Bak dan sehari ganti Pampers 1x tidak penuh. O : S : 37,6°C bibir tampak kering. Turgor kulit baik Ballance Cairan -522,75	Skala.

A : masalah tidak terjadi, tujuan dan kriteria Hasil ~~tidak~~ ter belum tercapai

P : Lanjutkan Intervensi

- mencatat intake output
- Edukasi Pemberian kompres
- Edukasi Pembuatan dan Pemberian Oralit.

05/03²⁰

(1)

13-00

S : Ibu Pasien mengatakan Pasien hanya BAB 3x dengan konsistensi cair yang berampas bau busuk tidak disertai darah

O : - bibir Pasien tampak masih Kering
- Bising usus 30x/menit reguler dng durasi 1-2 detik, BAB 3x konsistensi cair

A : Masalah belum teratasi, tujuan & kriteria hasil belum tercapai

P : Lanjutkan Intervensi

- Anjurkan makan porsi yang kecil dan sering secara bertahap.
- monitor warna Volume Frekuensi konsistensi tinja

(2)

S : Ibu Pasien mengatakan nyeri pada perut Pasien sudah berkurang

O : Pasien tampak lebih rilex skala nyeri 2

A : Masalah belum teratasi, tujuan & kriteria hasil belum tercapai

P : Lanjutkan Intervensi

- Ajarkan Teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri

(3)

S : Ibu Pasien mengatakan Pasien hanya tidur dan terlihat lemas. Ibu Pasien mengatakan Pasien makan sedikit, Pasien sudah tidak muntah tapi merasa mual

O : - CRT > 2 detik

- S = 37°C

- Nadi 100x/menit kuat

- turgor kulit baik

A : Masalah tidak terjadi

P : Lanjutkan Intervensi

- ajarkan Pembuatan dan Pemberian Oralit

07/03/20	1400	(1)	S : Ibu Pasien mengatakan Pasien sudah tidak diare. BAB hanya 2x sehari. konsistensi cair berampas tidak ada darah. O : - Bising usus 17x/menit irama reguler durasi $\leq$ 2 detik, Pengeluaran Feses menurun A : Masalah Teratasi P : Hentikan Intervensi	Suka-
		(2)	S : saat ditanya "deh perutnya masih sakit atau tidak?" Pasien mengatakan sudah tidak sakit lagi. D : Pasien tampak lebih rilex dan tersenyum A : Masalah Teratasi P : Hentikan Intervensi	Suka-
		(3)	S : Ibu Pasien mengatakan Pasien sudah mulai makan cemilan roti. Ibu Pasien mengatakan Pasien sudah tidak diare dan tidak muntah. Kadang hanya merasa mual. O : - turgor kulit baik - CRT $\leq$ 2 detik - nadi 90x/menit kuat - S = 36,5°C - RR = 20x/menit A : Masalah Teratasi P : Hentikan Intervensi	Suka-